



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Análisis de la realidad de la población
femenina sobre consumo de hipnosedantes para
orientar su prevención.

Autora

Paula Contamina Casaló

Director

Dr. Rafael Díaz Fernández

ÍNDICE:

1.	Introducción/ justificación:	4
2.	Objetivo	5
3.	Metodología	5
4.	Marco teórico	5
4.1	Los antecedentes más próximos de la educación para la salud.....	5
5.	Ámbitos importantes de la educación para la salud en la escuela:.....	7
5.1	Ámbito 1: Promoción de la salud.....	7
5.2	Ámbito 3: Adicciones.	9
6.	Teorías que subyacen a los programas de prevención de drogodependencia.	11
7.	Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas.	12
7.1	Teorías parciales o basadas en pocos componentes.....	12
7.2	Teorías de estadios y evolutivas.....	14
8.	Factores de riesgo y protección.....	16
9.	El ámbito escolar: espacio importante para la prevención de la drogodependencia.	19
10.	Características evolutivas de la etapa de 6 a 12 años.	21
11.	Estrategia nacional sobre adicciones (2017-2024).....	22
11.1	Análisis de la realidad.	22
11.2	Medidas de prevención	25
12.	II Plan Autonómico Sobre Conductas Adictivas 2010-2016	25
12.1	Análisis de la realidad.	25
12.2	Medidas de prevención.	27
13.	Encuestas sobre alcohol y otras drogas en España (edades 2017).....	29
14.	Encuestas sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (estudes 2017) ...	38
15.	Conclusiones:	41
16.	Bibliografía	43
17.	Tablas:	46

Título del TFG: Análisis de la realidad de la población femenina sobre consumo de hipnosedantes para orientar su prevención.

Title (in English): Analysis of the reality of the female population relating to hypnosedant consumption to guide their prevention.

- Elaborado por: Paula Contamina Casaló
- Dirigido por: Rafael Díaz Fernández.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de septiembre de 2019.
- Número de palabras: 13654.
- Fecha depósito: 23 de septiembre de 2019.

Resumen:

El presente trabajo hace un recorrido que va desde la educación para la salud pasando por la escuela hasta la descripción de los factores de riesgo y prevención que están presentes en el tema de la drogodependencia. Posteriormente, dicho trabajo se centrará en la etapa de los 6-12 años para comprender las características de la evolución y poder ejecutar planes y programas de prevención relacionados con sus necesidades. Finalmente se analizará el Plan Nacional sobre Drogas en el que se centrará principalmente en el análisis de las dos grandes encuestas: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias y Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España que aunque analizan numerosas sustancias psicoactivas, solamente se sacarán datos de los hipnosedantes, droga legal junto con el alcohol y tabaco.

Palabras clave: Prevención, drogodependencia, hipnosedantes, salud, escuela, factores de riesgo y prevención.

1. INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN:

El consumo de drogas ha existido por parte del ser humano desde siempre, variando sus formas y porcentajes de consumo. Cuando hablamos de consumo de drogas debemos focalizar nuestra atención en la sociedad pues, afecta directamente en la forma de actuar de las personas. Si bien es cierto que actualmente son muchos los avances tecnológicos y es mucha la información que nos proporcionan los expertos, debemos ser conscientes de los grandes cambios y de la rapidez con la que se producen los mismos, para ver cómo afectan y cómo debemos realizar un estudio sobre la drogodependencia teniendo en cuenta el género de las personas, su edad y los distintos tipos de sustancias que se consumen.

Este tema no está asilado del ámbito educativo, si no que afecta directamente e incluso tiene un papel fundamental dentro de la prevención. Si observamos las estadísticas lo más preocupante dentro del consumo de drogas es la temprana edad con la que las personas comienzan a consumir y la forma en la que lo hacen. Este temprano inicio viene dado por la necesidad de aceptación e integración dentro de un grupo que viene potenciada por un autoconcepto que se encuentra, según Marcia (1996), en conflicto antes las inconsistencias del yo, así como por una autoestima baja dada, tanto por cambios físicos como hormonales.

Es cierto que el alcohol y el tabaco son las sustancias con mayor índice de consumo por parte de los adolescentes. Según la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) de 2016, un 76,9% de las personas entre 14 y 18 años ya habían probado el alcohol, estando la edad de inicio en los 14,0 años. El 38,5% de esta muestra ha probado el tabaco alguna vez siendo la edad de inicio de 14,6 años. Por otro lado, según la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) de 2017, el 75,2% de la población entre 15 y 64 años consume alcohol y un 40,9% afirma haber probado el tabaco.

Aunque dentro de las drogas legales, estas son las más conocidas dentro de nuestra sociedad, no debemos pasar por alto que dentro de este grupo también se encuentran los hipnosedantes/tranquilizantes y que el incremento de su consumo ha aumentado exponencialmente a lo largo de los años. Según la encuesta de EDADES de 2017, el

11,1% de la población entre 15 y 64 años ha consumido este tipo de sustancias con o sin receta médica.

Este Trabajo de Fin de Grado está elaborado con la finalidad de ampliar mi formación sobre un tema muy importante dentro de la educación y que se realiza de forma extracurricular estando en mano de los docentes su impartición o no.

En la formación que he tenido durante estos años, asignaturas como Psicología de la Educación, Sociología y Psicología del Desarrollo, me han enseñado la importancia de la adquisición de ciertos valores como la autoestima, el autocontrol, apego, el desarrollo de las inteligencias múltiples de Gardner... Estos temas son trascendentales a la hora de llevar a cabo una educación para la salud.

2. OBJETIVO

Analizar y conocer la situación del consumo de drogas legales en España, Aragón y Zaragoza concretamente los hipnosedantes en la población, centrándonos más tarde en la población con más antecedentes: las mujeres.

3. METODOLOGIA

La investigación descriptiva se ha llevado a cabo mediante un proceso de búsquedas bibliográficas tanto de fuentes primarias como secundarias, también de evidencias científicas.

A través del análisis de documentos como el Plan Integral de Prevención Escolar y el Plan Nacional sobre Drogas y concretamente centrándome en los hipnosedantes, he pretendido mostrar la realidad del consumo de dichas sustancias y dar a conocer alternativas que nosotros como docentes podemos poner en práctica en nuestros centros.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Los antecedentes más próximos de la educación para la salud

“La Educación para la Salud, como proceso educativo e instrumento de salud pública, se sustenta sobre dos derechos fundamentales: el derecho a la educación y el

derecho a la salud, ampliamente reconocidos en nuestro marco constitucional (artículos 27 y 43, respectivamente, de la Constitución de 1978) y refrendados en su desarrollo legislativo” (Ley Orgánica reguladora del Derecho a la Educación —LODE— y proyecto de Ley General de Sanidad —artículos 5 y 15—).”¹

El 7 de abril de 1948 entró en vigor la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS (1948), dentro del preámbulo de su Constitución define la salud como: *“El estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente, la ausencia de afecciones o enfermedades”* Según esta organización, la promoción para la salud otorga a las personas la posibilidad de controlarla y permite realizar intervenciones sociales y ambientales para poder proteger y garantizar una salud digna a través de la prevención y dando soluciones a las adversidades que puedan surgir.

“La salud ha sido considerada, dentro del contexto de la promoción de la salud, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.”² La salud puede verse condicionada por el medio social si tenemos en cuenta diferentes ámbitos dentro de la vida de las personas: amigos, familias y compañeros. En cada uno de ellos, los adolescentes en concreto, suelen comportarse de formas diversas impulsados por la necesidad de aceptación en cada uno de ellos. Existen cuatro variables que hay que tener en cuenta a la hora de hablar de salud: deporte, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilegales.

Según la carta de Ottawa (1986) la promoción de la salud es el proceso mediante el cual las personas son capaces de aumentar el control de su salud para mejorarla e intentar de esa manera prevenir cualquier tipo de enfermedad.

Existen tres estrategias para promover la salud: *“La abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales, facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y mediar a favor de la salud frente a distintos intereses de la sociedad.”* (Díaz. R et Sierra. M, 2008, p. 165).

¹ Fortuny. M et Gallego. J. Investigaciones y experiencias – Educación para la Salud. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

² Díaz. R et Sierra. M. Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección.

Estas tres estrategias mencionadas anteriormente se apoyan en las siguientes áreas: *“Establecer una política saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios.”* (Díaz. R et Sierra. M, 2008, p. 165).

Además de todas estas medidas propuestas por la OMS (1948) y la carta de Ottawa (1986), existen otras más actuales para poner en práctica en la promoción de la salud en el siglo XXI que se encuentran recogidas en La Declaración de Yakarta (1997): *“Promover la responsabilidad social para la salud, incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración para la promoción de la salud, incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos para garantizar una infraestructura para la promoción de la salud”* (Díaz. R et Sierra. M, 2008, p. 166).

5. ÁMBITOS IMPORTANTES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA:

5.1. Ámbito 1: Promoción de la salud.

Como hemos visto anteriormente, la carta de Ottawa (1986) proponía una serie de estrategias que a lo largo del tiempo han ido desarrollándose y a raíz de ellas se han creado escuelas promotoras de salud intentando proporcionar al individuo una educación basada en una vida sana que va desde lo material (un buen uso de instalaciones) hasta lo intrapersonal (físico, psíquico y emocional) y lo interpersonal (relaciones).

Si buscamos dentro del Boletín Oficial del Estado (2001), se manifiesta una de las inquietudes dentro de dicha comunidad autónoma: *“En el fomento de la salud, uno de los principales objetivos con los que se encuentra hoy en día la sociedad es abordar el uso indebido de drogas como un estilo de vida con gran riesgo para la salud individual y colectiva, en el que convergen factores socioculturales. El uso de drogas constituye un fenómeno que requiere intervenciones coordinadas de muchos sectores, tanto si se desarrollan en el campo de la prevención como en los de la asistencia y la reinserción.”*

Además, dentro de la Loe (2006) ya quedó plasmada de forma oficial la necesidad de dar un papel dentro de la escuela a la educación para la salud: *“Desarrollar actitudes y hábitos favorables a la promoción de la salud personal y comunitaria, facilitando estrategias que permitan hacer frente a los riesgos de la sociedad actual en aspectos relacionados con la alimentación, el consumo, las drogodependencias y la sexualidad”*

La introducción de dichas escuelas dentro del sistema educativo ha afectado de forma positiva en los alumnos, comprobando los siguientes hechos: *“1) Los que tienen mejores condiciones de salud y bienestar superan con mayor facilidad los objetivos académicos y obtienen mejores resultados. 2) El correcto desarrollo de las competencias y habilidades sociales y emocionales se relaciona directamente con un estado de salud y bienestar más positivo. 3) Un favorable entorno físico y socioeconómico de la escuela influye en la salud, en el bienestar del alumnado y en su óptima disposición para el aprendizaje. 4) Existe una relación directa entre la práctica de actividades físicas y deportivas y los correspondientes resultados académicos.”* (Aliaga. P et al, 2016, p. 48). Para poder conseguir todo esto, las Escuelas Promotoras de Salud implantan una serie de valores que propician el éxito: Equidad, sostenibilidad, inclusión, empoderamiento y democracia. Estos fueron reforzados por la Declaración de Odense en 2013. Por otro lado, la metodología es otro de los aspectos importantes a tener en cuenta. Estas metodologías son activas y cooperativas, dejando a un lado aquellas que no permiten generar bienestar y confianza en el alumno.

Según Aliaga. P et al (2016) el aprendizaje que se produce dentro de las Escuelas Promotoras de Salud nos permite desarrollar habilidades y competencias básicas que integran todos los aspectos de la vida de los seres humanos. Dentro del ámbito intrapersonal, los individuos aprendemos a cuidar de nosotros mismos y por ello ponemos en prácticas las competencias de aprender a aprender y la de autonomía e iniciativa personal. Dentro del ámbito interpersonal en el que nos relacionamos con los demás, las competencias que desarrollamos son la de comunicación lingüística, la digital y la social y ciudadana. Por último, dentro de nuestra relación con el entorno, con la naturaleza destacan la competencia matemática, interacción con el medio físico y la cultural y artística.

Según Leger et al (2010), dentro de estas escuelas también se cuenta con programas de actuación que permiten garantizar la puesta en práctica de los objetivos planteados por estos centros: Políticas escolares saludables, el entorno físico en la escuela, el entorno social en la escuela, habilidades de salud individuales y competencias de acción, vínculos con la comunidad y servicios de salud.

El enfoque que proporcionan las Escuelas Promotoras de Salud permite ayudar a las personas a configurar su personalidad de forma global y cubre uno de los derechos más importantes del ser humano: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”* (Declaración Universal de los Derechos Humanos. Artículo 25).

5.2. Ámbito 3: Adicciones.

No podemos hablar de adicciones sin tener presente la salud y su relación directa con este hecho. Está demostrado que, si las personas están dotadas de salud, sienten que son capaces de afrontar la realidad, comprometerse con ella y expresarse de forma crítica y constructiva. Pero según Vega. A (2016), aunque dentro de las escuelas se pueda intervenir de diferentes formas, como se ha mencionado anteriormente, no resulta raro encontrarse con dificultades como: Las diferentes formas en las que aparecen las drogas, sus formas de consumo, la metodología y formas de transmitir que emplean cada uno de los educadores y los múltiples contextos en los que se pueden desarrollar las adicciones.

Debemos entender el proceso educativo sobre la drogodependencia como: *“Proceso continuo y un largo y arduo empeño, cuyo objetivo es despertar y mejorar la comprensión de las causas... y ayudar a jóvenes y adultos a hallar soluciones para sus dificultades y a vivir sin tener que recurrir a las drogas.”* (Naciones Unidas 1987). Si bien es cierto que esta declaración ha dado lugar a debates, debemos reflexionar sobre todos sus componentes y buscar el lado beneficioso de todos ellos. No podemos dar

información sin enseñarles una realidad, sin mostrarles para qué sirve, es decir, debemos basarlo en un aprendizaje significativo, debemos conseguir que (por qué y para qué) pongan en prácticas las competencias básicas para que puedan aprender y descubrir por ellos mismos. La educación en salud tiene que generarles interés, motivarles, despertar su curiosidad... pues solo así conseguiremos efectos positivos y a su vez que asimilen la información deseada sobre el tema, convirtiéndoles en personas críticas que sepan tomar decisiones fundamentadas en lo que ellos creen y han aprendido.

Esta actitud crítica de la que tanto se habla, es imprescindible en la vida de las personas y sobre todo en el consumo de drogas es la clave para caer o abstenerse. Debemos ser conscientes como docentes de la sociedad en la que vivimos para ser consecuentes con nuestros actos y nuestra planificación en el aula. Esta sociedad de la que hablamos va a ofertar a nuestros alumnos todo tipo de sustancias, tanto legales como ilegales y por ello somos nosotros los que tenemos que ayudarle al desarrollo y puesta en práctica de su asertividad.

Freire (1994) remarca que dentro del sistema educativo nos encontramos a un sujeto, objetos de conocimiento que el profesor debe enseñar y lo alumnos aprender y unos objetivos y métodos para que aprendan. Desde la educación para la salud, más concretamente si se habla del consumo de drogas tenemos a alumnos que están en contacto con dicha realidad y profesores que pretenden sensibilizar sobre el tema. Aquí surge un problema, y es que muchas veces los educadores no saben cómo abordar dichos temas.

Además, dentro de la educación podemos distinguir dos etapas: la protectora, en la que los niños se sienten muy arropados (educación infantil y primaria) y otra etapa en la que se les considera capaces de tomar sus propias decisiones y ser consecuentes con sus actos (educación secundaria y bachillerato). Es en este caso cuando los alumnos entran en una disyuntiva ya que en menos de un año pasan de recibir cariño a sentir una presión que viene dada por lo que los demás esperan de ellos.

Según Vega. A (2016), dentro de la educación debemos hacer dos divisiones. La educación preventiva que lleva a cabo una labor de sensibilización y mantiene

informados a los ciudadanos para que puedan crear y desarrollar un proyecto de vida saludable. Por otro lado, tenemos la educación terapéutica que trata de perfeccionar los programas de reinserción y tratamiento para atender a las necesidades que presenten todas las personas, así como construir una comunidad tolerante y receptiva.

Todo esto nos muestra que el punto de mira en el que nos debemos centrar cuando hablamos de las adicciones y del consumo de drogas es el contexto. Cuando hablamos de contexto incluimos muchos factores: económicos, sociales, políticos, ideológicos... todos ellos hacen que haya tantas formas de pensar como personas hay en el mundo. Por ello la escuela debe ir paso a paso, realizar una escucha activa de la realidad que sus alumnos viven, adaptarse a ella, a su nivel evolutivo y a raíz de ello buscar métodos para desarrollar su espíritu crítico, autoestima y autoconcepto. Por todo ello la educación se puede definir como: *“El conjunto de recursos de los individuos (competencias), consumidores o no de drogas, con el fin de éstos tomen decisiones sanas en relación con el fenómeno de las drogas.”* (Vega. A, 2016, p. 164),

6. TEORÍAS QUE SUBYACEN A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIA.

A la hora de entender los programas preventivos de drogas, debemos centrarnos en su marco teórico que nos centre el tema y nos dé información sobre el consumo, la prevención, causas y riesgos.

Becoña (2001-2002, p. 48) resume este modelo mediante tres ejes primordiales:

- Tanto el estilo de vida como la personalidad y otro conjunto de factores, son los detonantes del inicio y el mantenimiento del consumo de drogas y marca la diferencia entre unas y otras.
- Dentro de la evolución del consumo de drogas a lo largo de la vida de una persona hay diferentes etapas y dentro de ellas podemos hacer una distinción entre los que consumen drogas legales e ilegales.
- Los factores de inicio y mantenimiento en el consumo de drogas están determinados por una serie de factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Los modelos de prevención tienen un objetivo común. Este objetivo consiste en buscar las causas por las que ciertas personas consumen drogas y otras no, para así de esta forma aplicar estrategias de prevención. Para poder conseguir este objetivo se deben modificar las situaciones que incrementan la aparición de los factores de riesgo y se deben potenciar los de protección.

Durante los años 50 se realizaron diferentes estudios que dieron lugar a ciertas afirmaciones que llevaron a Kandel (2002) a crear la teoría secuencial. Esta teoría tiene cuatro fases: En la primera consumen cerveza y vino, en la segunda fase pasan a consumir cigarrillos y licores, en tercer lugar, aparece la marihuana y en la última fase aparece el consumo de otras drogas ilegales. Aunque como afirma Becoña (2002, p. 48), no todas las personas pasan por todas las fases, pueden saltarse alguna, pero hay muy pocos que antes de probar la marihuana no hayan consumido tabaco y alcohol o los que consumen otro tipo de drogas ilegales no hayan consumido anteriormente tabaco, alcohol o marihuana.

7. TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS.

Según Becoña (2002), las diferentes teorías que nos explican el consumo de drogas y su prevención se dividen en tres parcelas: Teorías parciales o basadas en pocos componentes, teorías de estadios y evolutivas y teorías integrativas y comprensivas.

Según Becoña (2002), las diferentes teorías que nos explican el consumo de drogas y su prevención se dividen en tres parcelas: Teorías parciales o basadas en pocos componentes, teorías de estadios y evolutivas y teorías integrativas y comprensivas.

7.1. Teorías parciales o basadas en pocos componentes.

La primera de todas es la teoría parcial o basada en pocos componentes. Esta teoría nos habla de un consumo con muy pocos elementos o componentes.

Dentro de ella se encuentra el modelo biológico que trata de explicar la adicción a través de la biología, todas sus causas se encuentran en ella. Además, según Casas et al (1992), dentro de este grupo entraría la automedicación. Las personas que han probado

las sustancias continúan consumiéndola porque han notado efectos positivos en su organismo.

Por otro lado, tenemos el modelo de creencias de salud y competencia. Dentro de ella se han plasmado una serie de objetivos como: “1) *Promover la competencia individual*. 2) *Desarrollar comunidades y organizaciones competentes*”. (Costa y López, 2000)

Las teorías de aprendizaje para la explicación del consumo, tratamiento y prevención tienen como objetivo según Becoña (2002), explicar cómo se adquieren nuevas conductas y por otro lado como se pueden debilitar las que ya se consideran adquiridas.

Dentro de este grupo existen otras teorías que según Becoña (1986) están basadas en la demostración de las actitudes de las personas. Según la actitud que presente el sujeto podremos predecir su posterior comportamiento. Estas teorías son las de: acción-conducta, acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975) y la teoría de la conducta planificada de Ajzen (1988).

Las teorías psicológicas basadas en causas interpersonales, el modelo de la mejora de la estima (1986) y la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan et al. (1996) se basan en el hecho de que un adolescente siempre busca la aceptación de los adultos para poder recibir así su afecto, pero hay momentos en los que experimentan vivencias contrarias, de decepción que les hacen sentir tanto un malestar psicológico como auto-rechazo.

La teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996). Esta teoría nos explica como las personas necesitan valorarse de forma positiva y esto lo consiguen a través de las valoraciones positivas que los demás hacen hacia ellos. Sino encuentran esta aceptación pueden caer en la realización de conductas conflictivas.

Otro modelo que encontramos dentro de este grupo es el basado en la afectividad que según Pandina et al. 1992. Esta afectividad, es un hecho clave en el control de las conductas y su determinación. El consumo de drogas se puede explicar a través de la relación entre tres factores: afecto negativo, arousal³ elevado y vulnerabilidad. Según

³ Arousal: Estado general de activación cortical difusa que sigue a la estimulación sensorial. Atención – reacción de orientación. Diccionario de Psicología de Friedrich Dorsch.

Becoña (2002), las personas que carecen de refuerzos positivos tienen más posibilidades de adentrarse en el mundo de la drogodependencia.

Las teorías basadas en el enfoque sistémico y en modelos de la familia derivados de ellos. *“El consumo de sustancias u otro tipo de problemas es la expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, produciendo disfunción en el sistema familiar”* (Waldrom 1998) (Díaz. R et Sierra. M, 2008, p. 177).

Por último, dentro de este grupo se encuentra el modelo social de Peele 1985 que parte de la afirmación de que la sustancia no es la que crea la adicción si no que es la forma en la que la persona vive, analiza y siente la experiencia que le produce el consumo de la misma. (Becoña, 2002, p. 123).

7.2. Teorías de estadios y evolutivas.

Esta teoría está basa en las etapas evolutivas por los que van pasando las personas a lo largo de su vida y su relación con su madurez para explicar de esta forma el consumo de drogas. Las teorías y modelos que la conforman son:

El modelo evolutivo de Kandel en el que parte de la teoría de socialización y donde explica cómo el consumo de las drogas para por diferentes fases empezando con drogas legales, hasta las sustancias de iniciación y terminando en las drogas ilegales Por otro lado, este modelo relaciona el consumo de drogas ilegales con dos ámbitos: la familia y el grupo de iguales, sin olvidar las características personales de cada persona.

El modelo de estadios o etapas de Werch y Diclemente (1994) está basado en estadios que van desde el uso hasta el no uso de drogas y son los siguientes: El sujeto que no piensa en consumir, el sujeto que piensa en dar comienzo al consumo, el sujeto piensa en consumir en un futuro cercano, el sujeto que ya ha iniciado el consumo y por último el sujeto que realiza un consumo continuado.

El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al. (1998) conocido también como “Efecto Pigmalión”. Este modelo plasma la idea de que la familia es el centro del proceso de socialización. La visión que los demás tengan sobre nuestra familia puede condicionar la forma de vernos y de tratarnos (Becoña, 2002, p. 149).

Por otro lado, tenemos el modelo de madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996) está basado en la autorregulación cuyos elementos principales son: el control de la persona y la eficacia. Los estudios realizados por Labouvie, demuestran que conforme una persona envejece, el consumo de estas sustancias disminuye proporcionalmente.

La teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996) plasma la idea de que, si una persona adquiere roles de adulto desde temprana edad, incrementan sus posibilidades de éxito puesto que estos roles ya han sido adquiridos.

El modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas de Glantz (1992) basa sus explicaciones sobre el consumo de drogas en tres factores: neurológicos y genéticos, predisposición a conductas problemáticas, factores psicológicos y psicopatológicos y factores ambientales y sociales.

La teoría de socialización primaria propuesta por Oetting (1998) centra su atención en las conductas problemáticas y parte de las conductas sociales ya que tiene componentes biológicos (Becona, 2002, p. 161)

7.3. Teorías integrativas y comprensivas.

Estas teorías integran diversos componentes mencionados en las teorías anteriores y plantean una teoría comprensiva que explica dicha problemática. Las teorías y modelos que se integran dentro de este grupo son:

El modelo de promoción de la salud. Según la Declaración de Yakarta (World Health Organization, 1997) se pretende mejorar la salud de la humanidad mediante unas estrategias: establecimiento de política saludable, crear entorno que apoyan la salud, fortalecer una acción comunitaria para salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los recursos sanitarios (Green y Kreuter, 1991).

La teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva de Bandura (1996) está basada en los procesos de aprendizaje, la persona y el ambiente en el que desarrolla la conducta. Para trabajar dentro del campo de las drogas, muchos programas preventivos usan esta teoría que tiene en cuenta el inicio, mantenimiento y abandono de las sustancias. Esta

teoría se basa en la confianza que se brinda a las personas para poder dejar las drogas desde dos puntos de vista, uno de ellos como componente central y el segundo como parte explicativa relacionada con la adquisición, mantenimiento y cambio de conducta (Becoña, 2002, p. 182).

El modelo de desarrollo social de Catalano, Hawkins y sus colaboradores (1996) intenta explicar la conducta antisocial mediante las relaciones predictivas del propio desarrollo, dando mucha importancia a los factores de riesgo y protección. Dentro de este modelo encontramos: la teoría de control, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial.

La conducta problema de Jessor y Jessor (1977) es una teoría que va íntimamente unida con la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes en las que se tienen en cuenta tanto factores, conductas y resultados de riesgo como de prevención. A su vez, esta teoría pretende reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección cambiando el estilo de vida por uno más saludable. Los factores que más intervienen son: el individuo y el contexto social.

El modelo dentro de este grupo es el Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de Botvin. Este modelo creó un programa de prevención “Tú Decides” elaborado por Calafat et al (1992) que se basa tanto los factores de riesgo y prevención como los estilos de vida. Según Calafat, la prevención debe de estar orientada de tal manera que influya directamente en factores de riesgo y protección para de esta forma poder evitar el consumo.

Por último, tenemos el modelo de autocontrol de Santacreu et al. (1991-1992) que sienta sus bases en el concepto de autocontrol y del modelo biológico psico-social y considera que el problema surge cuando el adolescente busca apoyo/ refuerzo fuera del hogar para poder así sentirse independiente.

8. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.

A la hora de crear los programas de prevención, debemos investigar las causas del consumo de drogas. El detonante de este consumo viene ligado al proceso de socialización según Díaz. R et Sierra. M (2008).

A la hora de realizar una labor de prevención debemos ser conscientes de los factores de riesgo que influyen en todos los contextos de los que son partícipes las personas y hacer hincapié en ellos para reducirlos. Por otro lado debemos aumentar la presencia de los factores de protección para equilibrar la balanza y dar alternativas a las conductas disruptivas.

Según Becoña (2002), los adolescentes son los más vulnerables al riesgo dentro del consumo de drogas. Por ello, debemos proporcionarles un bienestar social, psíquico y físico y así prevenir este temprano inicio. Aunque como Newcomb y Bentler (1986, 1988), estos comportamientos por parte de esta muestra de la población suelen surgir por abandono académico, problemas familiares, por una adquisición temprana de los roles de adulto y a causa del malestar emocional característico de esta etapa, factores que son incontrolables en su totalidad.

Los factores de riesgo y protección que están relacionados con el consumo de drogas son los siguientes:

Tabla 1. Factores de riesgo y protección a nivel individual.

Nivel individual	
Factores de riesgo	Factores de protección
Rebeldía e impulsividad.	Reconocimiento.
Amigos que presentan conductas disruptivas.	Creencias propicias para crear una vida saludable.
Relación negativa con adultos.	Buen autoconcepto.
	Rechazo a las drogas.

Fuente: Gardner et al (2001) Center for Substance Abuse Prevention

Tabla 2. Factores de riesgo y protección en grupos de iguales.

Grupos de iguales	
Factores de riesgo	Factores de protección
Grupos de amigos delincuentes y consumidores. Presión de grupo.	Grupo de amigos que realizan actividades organizadas en su tiempo libre. Asertividad.

Fuente: Gardner et al (2001) Center for Substance Abuse Prevention

Tabla 3. Factores de riesgo y protección en la familia.

Familia	
Factores de riesgo	Factores de protección
Antecedentes familiares. Conflictos internos. Relación negativa.	Apego positivo. Sentimiento de confianza. Relación positiva.

Fuente: Gardner et al (2001) Center for Substance Abuse Prevention

Tabla 4. Factores de riesgo y protección en la escuela.

Dominio escuela	
Factores de riesgo	Factores de protección
Conducta antisocial. Fracaso. Baja motivación por la escuela.	Socialización positiva. Apoyo y cuidado por parte de los profesores. Motivación por la escuela.

Fuente: Gardner et al (2001) Center for Substance Abuse Prevention

Tabla 5. Factores de riesgo y protección en la comunidad.

Dominio comunidad	
Factores de riesgo	Factores de protección
Accesibilidad a las drogas.	Ser un miembro activo de la comunidad.
Leyes favorables al consumo.	Poca accesibilidad a las drogas.
Sin apego al vecindario.	

Fuente: Gardner et al (2001) Center for Substance Abuse Prevention

Tabla 6. Factores de riesgo y protección en la sociedad.

Dominio sociedad	
Factores de riesgo	Factores de protección
Pobreza.	Mensajes negativos hacia el consumo de drogas.
Discriminación	Leyes estrictas sobre el consumo
Mensajes que animen al consumo.	Incremento de la edad de consumo.

Fuente: Gardner et al (2001) Center for Substance Abuse Prevention

9. EL ÁMBITO ESCOLAR: ESPACIO IMPORTANTE PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGODEPENDENCIA.

Como hemos podido observar la educación para la salud ha sido uno de los temas que ha estado en auge a lo largo de los años dentro de diferentes ámbitos. Uno de ellos es la escuela. Desde ella, según Díaz. R et Sierra. M (2008), se ha intentado introducir ciertas actuaciones de carácter globalizador e interdisciplinar que les permitan construir una vida saludable en la que no tengan cabida las drogas. Estas actuaciones están recogidas en el Proyecto Educativo, el Proyecto Curricular y las Programaciones de Aula.

Según el programa Actuar Es Posible (1996), la escuela ha sido elegida como lugar para educar en la salud puesto que es un contexto que recorren todas las personas a lo largo de su vida, es socializador e interviene en la fase de maduración de todos sus integrantes mediante la intervención de adultos. Es en esta edad cuando las personas sufren cambios físicos y psíquicos que pueden desencadenar en hábitos nocivos si no se ha trabajado correctamente la educación para la salud. Es un lugar para descubrir los factores de riesgo que les rodean.

Si hemos comentado que dentro del proceso educativo los adultos tienen un rol fundamental en la transmisión de conocimientos acerca de la drogodependencia, debemos ser consecuentes y crear programas destinados a su formación y enriquecimiento. Estos tienen unos objetivos marcados: *“Sensibilizar a los miembros de la comunidad escolar sobre la necesidad y la posibilidad de aplicar programas de prevención de drogodependencias en el ámbito educativo. Incrementar conocimientos y modificar actitudes inadecuadas sobre el fenómeno de las drogas. Ofrecer pautas de actuación para llevar a cabo estrategias idóneas de intervención preventiva.”* (Plan Nacional de Drogas, 1996, p. 8).

Por otro lado, la escuela no debe centrarse solo en aprendizajes académicos si no que tiene un rol fundamental en la enseñanza de otros aspectos que interfieren en el día a día de los alumnos y les hacen afrontar las adversidades que surjan en sus vidas y que serán fundamentales para enfrentarse al consumo de drogas.

Podemos decir que la Educación para la Salud es un tema transversal que no está presente como tal en el currículo. Puede haber contenido en algunas asignaturas que intenten acercar el tema, pero no es una asignatura.

“Educar para la salud supone informar y responsabilizar al individuo para que adquiera los conocimientos, procedimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y formación de la salud individual y colectiva.” (Actuar es Posible, 1996). Estas herramientas les permitirán proporcionar una serie de patrones para configurar una vida saludable y crear una rutina que perdure en el tiempo.

10. CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LA ETAPA DE 6 A 12 AÑOS.

Durante la etapa de 6-12 años la presencia de las drogas está poco presente en la vida de las personas, pero no por ello debemos dejar de lado la educación para la salud pues será una etapa clave para su concienciación y asimilación de conductas que les permitirán afrontar las posibles tentaciones futuras.

Esta etapa se denomina niñez media y se presentan importantes cambios psicológicos, conductuales y sociales. Según Piaget (1968), estos niños se encuentran en el estadio de operaciones concretas. En esta etapa se comienza a usar la lógica, a razonar para poder acceder a conclusiones válidas. Son capaces de cooperar y tener en cuenta la opinión de los demás.

Aprovechando todos los mecanismos que se ponen en marcha y se desarrollan dentro de esta etapa, podremos ir evolucionando en el trabajo de temas sociopersonales, clave para el alcanzar el objetivo principal de la prevención: Saber decir “no” a las drogas. También vamos a nombrar algunas características importantes en el desarrollo de esta etapa.

- Autoestima: Va íntimamente relacionada con el autoconcepto puesto que la imagen que uno tiene de sí mismo, le da la fuerza o no, necesaria para saber decir que no. Si una persona no está convencida con su forma de ser y se siente deprimido, intenta cambiar su realidad de cualquier forma muchas veces sin importar las consecuencias, tomando el camino más “fácil” e irreal. Por todo ello es importante dar confianza y enseñar a valorarse como personas.
- Autonomía y responsabilidad: La toma de decisiones en un proceso clave a la hora cuando hablamos de consumo de drogas. Poco a poco los niños empiezan a adquirir autonomía, pero a veces este proceso es costoso y aunque pueden ser independientes de adultos, son dependientes de otros factores que les rodean como, por ejemplo: golosinas, juegos de ordenador... Estos comportamientos abusivos se presentan en edades tempranas, y por ello los programas de prevención deben de ir dirigidos hacia la adquisición de autonomía y a la construcción de un pensamiento crítico que les permita tomar decisiones y se sientan responsables de las mismas.

- Competencia para las relaciones interpersonales: Las relaciones con los demás pueden resultar costosas en algunos casos. Según Gardner y su teoría de las inteligencias múltiples (1996), la inteligencia intrapersonal es una de las ocho principales dentro del ser humano, Aquellas personas que desarrollan este tipo de inteligencia, son capaces de comprender los sentimientos y emociones de los demás, analizarlos y dar una respuesta acorde. La falta de comunicación, el no saber expresarse puede generar conflictos que desentonen en el consumo de drogas. Por ello, la resolución de conflictos debe ser trabajada desde temprana edad y como docentes debemos dar las herramientas necesarias.

11. ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES (2017-2024).

11.1. Análisis de la realidad.

Según la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024), el consumo de drogas legales (alcohol, tabaco y según fármacos) se encuentra por encima del consumo de drogas ilegales. Además, actualmente las nuevas tecnologías y los medios de comunicación favorecen el consumo de las mismas.

La ENA (2017-2024) plasma tres objetivos generales que se centran en disminuir los prejuicios ligados al consumo de sustancias adictivas, disminuir la aparición, disponibilidad y consumo de drogas y retrasar la edad de inicio de consumo y adicción a dichas sustancias.

Las metas presentadas por esta estrategia son dos: Construir una sociedad saludable y que disponga de información suficiente acerca de estas sustancias así como de los peligros, consecuencias y población a la que afecta. Por otro lado, pretende disminuir la disponibilidad y oferta de las drogas, así como controlar las acciones que pueden desembocar en adicciones.

Según la ENA (2017-2024), “las fuentes más importantes que proporcionan información son los Planes Autonómicos de Drogas, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, las Policías Autonómicas y la Fiscalía Especial Antidroga, las

Administraciones Locales y por último la Federación Española de Municipios y Provincias.” (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. p. 7).

Desde 1987 se tienen en cuenta una serie de indicadores que todos los años aportan información acerca de las personas que necesitan tratamiento por primera vez debido al consumo de sustancias psicoactivas, urgencias, fallecidos, personas que han tenido un consumo problemático y las aquellas infestadas por consumo de drogas.

Además, desde los años noventa, el PNSD (Plan Nacional Sobre Drogas) realiza dos tipos de encuestas: EDADES (Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España) que engloba una muestra de población entre los 15 y 64 años y ESTUDES (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias) cuya muestra de población se encuentra entre los 14 y 18 años. Además de estas encuestas existen sistemas de información como el SENDA (Sistema Estadístico y Evolución sobre Crimen Organizado y Drogas) que recogen datos de tipo policial y judicial.

Según la ENA (2017-2024) el consumo de drogas ilegales sigue siendo uno de los problemas más importantes dentro de nuestro país y que afecta gravemente a la salud y bienestar de millones de personas. Aunque no debemos olvidar que las sustancias psicoactivas legales también se encuentran en auge y dentro de ellas, ha habido un incremento del consumo el alcohol y los hipnosedantes, siendo el tabaco la única que se ha mantenido desde 2005.

Los datos plasmados por EDADES, nos muestran que las drogas legales con mayor índice de consumo son el alcohol y el tabaco. Los hipnosedantes con o sin receta médica son los siguientes en la lista. Por otro lado, dentro de las drogas ilegales, las más que más se consumen son el cannabis y la cocaína.

A continuación, vamos a observar la situación de las adicciones en España desde la perspectiva de género. En primer lugar, tenemos la relación mujeres e hipnosedantes. Aquí, la ENA (2017-2024) nos presenta los siguientes datos: El consumo de este tipo de droga es oculto y mayor en mujeres que en hombres. 3732000 personas consumieron hipnosedantes en 2015. Encontrándose los porcentajes más alto entre los 45 y 64 años En 2015 544000 entre los 15 y 64 años empezaron a consumir. Entre los 45 y 54 años, se encuentra el mayor índice de consumo en mujeres. 775762 mujeres son las

consumidoras de dichas sustancias. Por otro lado, tenemos la relación mujeres y alcohol: El consumo abusivo de esta sustancia, tiene como factor de riesgo la violencia de género. Las mujeres que han sufrido violencia de género tienen más posibilidad de caer en el consumo de alcohol. La mujer sufre dos veces: cuando se abusa de ella y cuando comienza a tener problemas con el consumo de dicha sustancia.

Además de las adicciones relacionadas con sustancias, tenemos otras que entran en el grupo de “sin sustancia”. Un ejemplo que está cada vez más presente en nuestro país es la ludopatía. Está reconocida por la Asociación de Psiquiatría Americana desde 1980 (DSM-5; APA, 2013) y por la OMS dentro de la clasificación Internacional de Enfermedades en 1992. Dentro de este trastorno intervienen tanto el contexto ambiental como factores psicológicos y biológicos.

La edad de inicio de esta adicción se encuentra en los 19 años empezando con máquinas de juego. Aunque la mayoría de las personas adictas admiten a ver tenido las primeras muestras de contacto con el juego antes de los 18 años. Además, tenemos que tener en cuenta la gran cantidad de anuncios que aparecen hoy en día en televisión promocionando las apuestas y dando facilidades como la creación de aplicaciones y juegos online que te permiten jugar desde casa. Por otro lado, debemos ser conscientes de quién ve la televisión y si se trata de forma natural, como si no fuese un problema, se crea un factor de riesgo frente a futuras generaciones.

Uno de los efectos más visibles de los problemas que plantean las drogas son los accidentes de tráfico. Según el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF, 2016) que de los 900 fallecidos en accidente de tráfico durante el 2015, el 43% presentaron señales de haber consumido alguna sustancia psicoactiva siendo la mayoría de ellos hombres.

Según la ENA, durante el 2016, las denuncias relacionadas con el consumo de drogas e infracciones provocadas con ellas han aumentado en relación en 2015. El mayor número de denuncias se encuentra entre los 19 – 25 años de edad (41.35%), siendo un 94.29% hombres.

Por otro lado, hace unos años las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) comenzaron a estar más presentes en el mercado. La Red de Alerta Temprana de la UE notificó 98 NSP.

11.2. Medidas de prevención

“Las intervenciones preventivas tienen como objetivo reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción.” (Estrategia Nacional sobre Adicciones, 2017-2024, p. 35)

Aunque este objetivo se ve dificultado por la aparición de ciertos factores como la aparición de cada vez más drogas sin sustancia, la normalización del consumo de algunas sustancias como el alcohol y el deseo de algunos colectivos por querer legalizar ciertos tipos de drogas.

Cuando se habla de estipular ciertas medidas de prevención, debemos tener en cuenta donde debemos focalizar nuestra atención. Según la ENA, en primer lugar debemos ser conscientes de los lugares en los que se pueden llevar a cabo este tipo de intervenciones (contextos de actuación), por otro lado se observa que la población más vulnerable a sufrir los daños que las drogas producen son los menores, jóvenes, mujeres, reclusos y profesionales de hostelería.

12. II PLAN AUTONÓMICO SOBRE CONDUCTAS ADICTIVAS 2010-2016.

12.1. Análisis de la realidad.

A la hora de elaborar un plan de actuación debemos tener en cuenta los factores que intervienen y condicionan el objeto de estudio, en este caso las adicciones. De acuerdo con el II Plan Autonómico sobre Conductas Adictivas (2010-2016), las fuentes de información que actualmente facilitan este proceso son: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en Aragón (EDADES), realizada a personas de entre 15 a 64 años, Encuestas sobre drogas en población escolar (ESTUDES), realizada por individuos de entre 14-18 años, Encuesta nacional de salud 2006 llevada a cabo por el Ministerio de

Sanidad, Política Social y el Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (2006).

El consumo de drogas en Aragón.

Si nos paramos a estudiar el consumo de drogas en Aragón, veremos signos de alerta en cuanto a edades de inicio y contextos en los que se consumen estas sustancias. A

A pesar de estos datos, se ha observado lo siguiente: *“el número de consumidores de drogas por vía parenteral, así como el número de nuevas infecciones por VIH o hepatitis ligadas a este tipo de consumo.”* (II Plan Autonómico sobre Conductas Adictivas. 2010-2016. p. 11). Además de ellos el número de muertes ligadas al consumo de drogas ha disminuido, aunque es cierto que siguen dando lugar a problemas graves de salud.

A través de la encuesta ESTUDES de 2016 podemos extraer las siguientes conclusiones: El alcohol es la sustancia más consumida (84,8%) seguida del tabaco (23% diariamente) siendo ambas las drogas más accesibles. Por otro lado, el cannabis es la droga ilegal más popular entre los jóvenes. El sexo marca diferencias en el consumo, siendo los hombres los que más consumen este tipo de sustancias, excepto los tranquilizantes donde el índice de consumo es mayor en las mujeres. En relación los institutos, hay grandes diferencias entre los centros públicos y privados, siendo en estos primeros donde se presenta mayor porcentaje de consumo. En cuanto a las familias, son conocedoras del círculo que rodea a sus hijos cuando salen de fiesta y la mayoría de los encuestados (86, 4%) afirman recibir cariño por parte de ellas.

En 2001, se plasmó una ley: “Ley 3/2011 de asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias”. En ella se establecen una serie de actuaciones entre las que destaca el apartado d) de la misma: *“La integración de las actuaciones en materia de drogodependencias en los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.”* (II Plan Autonómico sobre Conductas Adictivas. 2010-2016. p. 26)

En el Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas de 2005-2008 se plasmaron ciertas medidas y actuaciones que se centraban en hábitos

saludables, prevención y la creación de una coordinación educativa, sanitaria y de servicios sociales de la Comunidad Autónoma.

Las Escuelas Promotoras de Salud proponen la implantación de programas relacionados con la prevención en los centros escolares. *“La educación para la salud debe integrarse en los niveles de programación educativa del centro: Proyecto Curricular de Centro (PCC), Programación General Anual (PGA) y el Plan de Acción Tutorial (PAT).”* (II Plan Autonómico sobre Conductas Adictivas. 2010-2016. p. 32).

12.2. Medidas de prevención.

El Gobierno de Aragón está muy comprometido con la elaboración de programas de prevención, tratamiento y reinserción para dar respuesta a los problemas que el consumo de drogas produce en la sociedad. Para alcanzar este objetivo, se realizan acuerdos anuales con ciertas entidades locales y a su vez han aparecido ONGs que mediante financiaciones, dan sus servicios e intentan poner solución a este problema.

La Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón y las entidades locales reúnen las competencias de prevención y coordinan las actuaciones que se realizan dentro de la Comunidad Autónoma.

Los Centros de Prevención Comunitaria (CPC) se organizan de tal manera que forman una Red Autonómica de Centros de Prevención Comunitaria que establecen relaciones con los Servicios Sociales Comunitarios.

“La Dirección General de Salud Pública, según las directrices del Plan Autonómico 2005-2008 y en colaboración con el Servicio Aragonés de Salud, ha reforzado la coordinación entre los Centros de Prevención Comunitaria, las Unidades de Asistencia y Seguimiento de Adicciones, las Unidades de Salud Mental y los Centros de Salud.” (II Plan Autonómico sobre Conductas Adictivas. 2010-2016. p. 56). Los niveles de prevención que se pueden observar son:

- Prevención universal: Apuestan por la aplicación de factores de prevención que permitan retrasar la edad de inicio de consumo de drogas, así como disminuir los daños que causan en menores de edad.

- Prevención selectiva: Disminuir los factores de riesgo y fomentar la responsabilidad frente al consumo de drogas dentro de la población diana.
- Prevención indicada: Disminuir los factores de riesgo dentro de los colectivos más vulnerables para disminuir el número de personas adictas a estas sustancias.
- Prevención determinada: Amenorar el riesgo que el consumo de estas sustancias conlleva y disminuir los daños que conlleva la administración de drogas en personas ya adictas.

En la administración regional, se encuentra El Servicio de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que se encarga de configurar, desarrollar y evaluar los programas de prevención para la drogodependencia.

Por otro lado, dentro del ámbito educativo la entidad que se encarga de desarrollar, hacer un seguimiento y evaluación es La Comisión Mixta Salud-Educación del Gobierno de Aragón. En nuestra comunidad autónoma se ofertan “Programas Escolares de Educación para la Salud” basados en la prevención. Estos programas son los siguientes:

- Órdago: Está dirigido a Centros de Educación Secundaria y pretende que los alumnos adquieran valores, actitudes, habilidades y comportamientos que les permitan enfrentar situaciones en las que se vean tentados por las drogas. Se inició en el curso 2004-2005.
- Cine y Salud: Está dirigido a Centros de Educación Secundaria y su objetivo consiste en hablar de la promoción de la salud y prevención desde el cine, mediante la construcción de críticas y la adquisición de responsabilidad. Se puso en marcha en el curso 2001-2002.
- La Aventura de la Vida: Está dirigido al alumnado de segundo y tercer ciclo de primaria. Plasma la intención de conseguir que los alumnos adquieran habilidades, valores, comportamientos y estilos de vida saludables. Este programa centra su atención en la prevención del tabaco y el alcohol. Se inició en el curso 2005-2006
- Pantallas sanas: Va dirigido a todas las etapas educativas. Su objetivo consiste en usar las Tics para trabajar la promoción para la salud. Busca

inculcar a los alumnos hábitos saludables más allá del consumo y adicciones que puede producir el uso de las nuevas tecnologías.

Además de estos programas escolares, también se dispone de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud. Esta red se encarga de introducir en las escuelas aragonesas proyectos educativos que potencien la salud. La aprobación de los centros a formar parte del programa viene dada por la Comisión Mixta de los Departamentos de Salud y Consumo y Educación, Cultura y Deporte.

El III Plan de adicciones reestructura el modelo de prevención para que sea aplicado desde 2018 hasta 2024. *“Este modelo promueve la integración de la prevención y la atención social a las adicciones en la red de Servicios sociales, tomando como referencia la Ley de Servicios Sociales de Aragón, el Catálogo de Servicios Sociales, el Mapa de Servicios Sociales y el Decreto 184/2016, de 20 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la organización y funcionamiento de los Centros de Servicios Sociales, con la única excepción de Zaragoza capital, que organiza su intervención en adicciones mediante un servicio social especializado como es el Centro Municipal de Atención y Prevención de Adicciones (CMAPA).”* (III Plan Autonómico sobre Conductas Adictivas, 2018-2024, p. 48).

Este cambio permite valorar las actuaciones llevadas a cabo por los Servicios Sociales sobre drogodependencia dirigidas a la población afectada por las drogas dentro del territorio aragonés. Para que este cambio se vea reflejado, se debe llevar a cabo acciones de visibilidad y poder así conocer a los profesionales que trabajan en los Servicios Sociales y sus competencias.

13. ENCUESTAS SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA (EDADES 2017)

La encuesta EDADES que se encuentra recogida en el Plan Nacional sobre Drogas y se lleva a cabo cada dos años desde 1995. Dicha encuesta recoge información a través de una muestra de población residente en el país que se encuentra entre los 15 y 64 años de edad y trata adicciones como el alcohol, tabaco, hipnosedantes y otras drogas de tipo ilegal.

El tema que se ha elegido para investigar son los hipnosedantes. *“Los tranquilizantes o sedantes (pastillas para tranquilizarse, disminuir los nervios o la ansiedad) y los somníferos son consumidos por proporciones importantes de la población en muchos países, en la mayor parte de los casos prescritos o recetados por los médicos. Generalmente pertenecen al grupo farmacológico de los benzodiacepinas.”* (Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2007, p. 29) Esta droga es legal y no es tan conocida como el tabaco o el alcohol, pero su consumo ha incrementado exponencialmente a lo largo de los años.

En 1995 se hablaba de estas sustancias bajo el nombre de tranquilizantes e hipnóticos y no existían las variables “con receta” y “sin receta”. Por lo tanto, los estudios que se realizaron durante esa época no son válidos hoy en día.

A partir de 1997 se tuvo en cuenta únicamente el consumo de tranquilizantes e hipnóticos sin receta médica. Desde 1999 hasta 2001 se habla del consumo de tranquilizantes y somníferos sin receta médica, siendo en este último año cuando surge un incremento del consumo de dichas sustancias. En 2005 aparece la denominación “hipnosedantes” y se sigue hablando de ellos en base a la variable “sin receta médica”.

No es hasta 2005 cuando aparecen datos que permitirán comenzar un estudio válido bajo la investigación atendiendo a dos variables: hipnosedantes con o sin receta médica, es decir, se habla de ellos de forma general y la segunda “hipnosedantes sin receta médica”. Dentro de cada una de estas variables estudiaremos tanto la edad de inicio del consumo de la sustancia, como la edad en la que se consume por encima de otras, la variación según el sexo y el consumo que se produce durante el año, los últimos treinta días y el consumo que se produce diariamente.

En primer lugar, debemos conocer las dos variables principales que hemos mencionado anteriormente. Según la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España realizada en 2011, la primera variable, “hipnosedantes con o sin receta médica”, nos da una información general que habla de aquellas drogas legales como son los tranquilizantes que se emplean principalmente para la ansiedad y los somníferos que se utilizan para dormir cuando aparecen trastornos del sueño. Por otra parte tenemos “hipnosedantes sin receta médica”, que son entendidos como *“1) aquellos*

hipnosedantes que han sido recetados por el médico a otra persona de la familia y no al entrevistado (aunque éste los consuma con mayor o menor frecuencia), (2) aquellos hipnosedantes recetados por el médico al entrevistado, en alguna ocasión, y que éste ha seguido consumiendo sin el debido control médico, o (3) aquellos hipnosedantes que el entrevistado ha conseguido por otros medios distintos a la receta médica.” (Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2013. p. 64)

Los primeros datos que vamos a observar son los que tienen relación la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y de forma diaria en la población entre 15 y 64 años.

Tabla 7: Prevalencia de consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida (%).

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Hipnosedantes con o sin receta	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2	18,7	20,8
Hipnosedantes sin receta médica	-	-	-	-	2,7	4,1	3,0

Fuente: Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2017)

Como podemos observar, en el año 2017 el 20,8% de la población encuestada entre 15-64 años, declaró haber consumido alguna vez este tipo de sustancias psicoactivas con o sin receta médica. Observando los datos, podemos contemplar como desde 2005 el consumo de hipnosedantes había ido en aumento hasta llegar a 2015 donde se produjo un descenso del 3,5%, siendo en este último año cuando ha incrementado con respecto al 2015 en un 2,1%.

El consumo de estas sustancias es habitual si tenemos un sistema educativo basado en la competitividad y que muchas veces somete a pruebas de nivel como la EVAU, el MIR, el EIR, el PIR, las oposiciones... Estas situaciones que sirven para determinar el futuro de las personas generan ansiedad y estrés, necesitando en muchos casos ayuda para poder continuar y alcanzar su objetivo.

Uno de los hechos que pudieron afectar al incremento del consumo de estas sustancias que como hemos mencionado anteriormente combaten contra la ansiedad y los trastornos del sueño, puede ser “La crisis inmobiliaria” que surgió en 2008 y duró más o menos hasta 2014. Esta crisis económica trajo consigo una caída en los precios de las viviendas, la parada en la construcción de las mismas, un descenso del empleo e inestabilidad laboral.

Tabla 8: Prevalencia de consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	5,1	8,6	7,1	11,4	12,2	12,0	11,1
Hipnosedantes sin receta médica	12,3	2,3	2,3	2,8	3,1	1,2	1,3	1,9	1,2	1,2	2,3	1,3

Fuente: Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2017)

Se puede observar que el consumo de hipnosedantes con o sin receta médica ha ido incrementando a lo largo de los años desde 2005 hasta 2017. Concretamente desde el primer estudio que se realizó con esta variable un 6% más de la población ha consumido estas sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses.

Si nos paramos a observar, en el año 2011 se produjo el incremento más grande en el consumo de hipnosedantes. Exactamente un 4,3% más de la población consumió durante ese año. Algunas de las noticias recopiladas por el periódico “Diario de Navarra” (2011), nos muestran hechos que pudieron afectar al consumo de estas sustancias como por ejemplo: Los ciudadanos y las empresas no notan mejoras en la reestructuración de la banca, España es el país europeo con más paro, concretamente un 22% de la población no tiene trabajo, se sufren recortes sanitarios, muchos españoles han sido o temen ser desahuciados.

Tabla 9: Prevalencia de consumo de hipnosedantes en los últimos 30 días.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	3,7	5,9	5,2	8,3	8,9	8,1	7,5
Hipnosedantes sin receta médica	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,6	0,9	0,7

Fuente: Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2017)

Dentro del último mes se puede observar que el consumo de hipnosedantes con o sin receta médica ha disminuido en el último año un 0,6% y desde 2015 se observa un decrecimiento de su uso en este rango de tiempo.

Tabla 10: Prevalencia de consumo de hipnosedantes diariamente (%):

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	3,1	2,7	4,6	6,8	6,0	5,9

Fuente: Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2017)

Desde 2007 hasta 2013 podemos observar como el consumo de hipnosedantes de forma diaria aumentó en un 3,7% y a partir de 2015 ha ido disminuyendo aunque de forma insignificante (solo un 0,1%).

Además de las variables relaciones con la prevalencia del consumo de hipnosedantes, tenemos otras como la edad media de inicio, el sexo y la edad.

Tabla 11: Edad media de inicio de consumo de hipnosedantes:

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	33,8	34,5	34,5	35,2	35,6	34,4
Hipnosedantes sin receta médica	35,2	28,7	29,2	29,5	30,0	-	29,1	29,5	27,8	31,3	32,5	31,6

Fuente: Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2017)

A través de esta gráfica podemos observar como el consumo de hipnosedantes es la droga que se comienza a consumir con mayor edad siendo la edad media de 34,4 años (hipnosedantes con o sin receta médica) y 31,6 años (hipnosedantes sin receta).

Podemos observar que la edad de inicio del consumo de estas sustancias desde 1995 ha rondado los 30 años y suele coincidir con el período en el que las personas intentan asentar sus vidas. Es el momento en el que se comienzan a tomar los roles de adulto, los jóvenes se emancipan, se ven obligados a adquirir una autonomía completa sobre sus vidas que a veces cuesta llevar y se ve dificultada por factores sociales como el empleo. Si lo comparamos con la UE *“Pese a la recuperación económica, el empleo sigue siendo uno de los grandes lastres para la juventud. La tasa de empleo es del 34,5%, frente a la media europea del 48,2%. De aquellos que tienen trabajo, son contratos temporales en el 56,4% de los casos, cuando en Europa no llegan al 33%.”* (La emancipación de los españoles a los 29 años se aleja de la media europea, 2018).

Tabla 12: Edad media de inicio de consumo de hipnosedantes y su relación con el sexo:

	2011		2013		2015		2017	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Hipnosedantes con o sin receta	13,7	25,4	16,8	27,6	13,6	23,9	15,9	25,6
Hipnosedantes sin receta	2,1	2,6	2,6	2,8	3,3	4,9	2,8	3,2

Fuente: Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2017)

El consumo de hipnosedantes es mayor en mujeres que en hombres (casi un 10% más), siendo esta la única droga en la que el sexo femenino está por encima del masculino.

El consumo de hipnosedantes está relacionado con los roles que se atribuyen a la mujer. Tradicionalmente, se tiene una visión de la mujer ligada al hogar y al cuidado de la familia y personas dependientes. *“Esto favorece la aparición de situaciones de incomunicación y aislamiento social, la ausencia de reconocimiento y valoración social y la carencia de proyectos y espacios propios para la realización personal. Esta sobrecarga física y emocional a la que se ven sometidas numerosas mujeres, se incrementa entre quienes compatibilizan el trabajo productivo fuera del hogar y las tareas domésticas.”* (Género y Drogas, 2012, p. 13)

Por otro lado, uno de los factores de riesgo importantes dentro del consumo de este tipo de sustancias es la violencia de género que produce mucho de los trastornos mencionados anteriormente.

Tabla 13: Prevalencia de consumo de hipnosedantes según sexo y edad.

		15 A 64 AÑOS			15 A 34 AÑOS			35 A 64 AÑOS		
		Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Hipnosedantes con o sin receta	Alguna vez	20,8	15,9	25,6	12,4	10,3	14,5	25,0	18,8	31,1
	Último año	11,1	8,1	14,1	6,5	5,3	7,7	13,4	9,6	17,2
	Último mes	7,5	5,4	9,7	3,4	2,8	4,0	9,6	6,7	12,4
	A diario	5,9	4,0	7,9	2,4	2,0	2,9	7,7	5,1	10,4

Fuente: Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2017)

Como se puede observar y ya se ha mencionado anteriormente, el consumo de hipnosedantes es mayor en mujeres que en hombres y si observamos la tabla, el rango de edad en el que más se abusa de estas sustancias psicoactivas es en el de 35 a 64 años.

Tabla 14: Razones por las que se han consumido hipnosedantes según la edad y el sexo.

	TOTAL			15-34 AÑOS			35-64 AÑOS		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Para sobrellevar situaciones del día a día	55,1	55,9	54,3	56,8	49,5	63,6	54,4	58,4	50,9
Para afrontar algunos problemas vitales	39,5	33,8	44,7	36,1	28,6	43,1	40,8	35,9	45,2

Para incrementar o disminuir efectos de drogas que habían tomado	9,8	15,3	3,3	10,9	18,5	3,8	8,3	14,1	3,1
Para colocarme	9,0	15,3	4,6	13,0	24,8	1,9	8,6	12,1	5,6
Para experimentar o probar lo que se sentía tomando ese medicamento	5,5	7,7	3,5	7,0	11,0	3,3	4,9	6,4	3,6

Fuente: Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2017)

La tabla muestra como a lo largo de los años, las situaciones que potencian el consumo de hipnosedantes según el sexo se mantiene en la mayoría de los casos.

Podemos observar cómo los hombres tienden a dar razones que se relacionan con su alta participación en la vida social y el rol tradicional que se atribuye a los varones. Estos, por lo tanto, dan razones como: Incrementar o disminuir efectos de drogas que habían tomado, colocarse y experimentar o probar lo que se sentía tomando ese medicamento.

Por otro lado, las mujeres están arraigadas como hemos mencionado anteriormente al rol tradicional femenino y por ello, la razón que se da con más frecuencia es: Afrontar algunos problemas vitales. Por otro lado, las mujeres acuden a este tipo de sustancias con el fin de aliviar su angustia, nerviosismo, ansiedad, tristeza, dificultades para dormir que pueden darse por los síntomas anteriores o por desordenes hormonales como la menopausia. Durante esta etapa, los médicos recetan somníferos para contrastar los síntomas de dicha etapa.

14. ENCUESTAS SOBRE EL USO DE DROGAS EN ESEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA (ESTUDES 2017)

La encuesta ESTUDES que se encuentra recogida en el Plan Nacional sobre Drogas y se lleva a cabo cada dos años desde 1994. Dicha encuesta se realiza cada dos años y recoge información a través de una muestra de población residente en el país que se encuentra entre los 14 y 18 años de edad. Trata adicciones como el alcohol, tabaco, hipnosedantes y otras drogas de tipo ilegal.

Durante los dos primeros años en los que se llevaron a cabo las encuestas (1994-1998) se hablaba de tranquilizantes y somníferos sin tener en cuenta si se consumían con o sin receta médica.

A partir del 2000 ya empiezan a reflejarse datos relacionados con tranquilizantes en general y tranquilizantes sin prescripción médica.

De 2004 en adelante el término empleado para eludir a dichas sustancias pasa a ser hipnosedantes y se conservará en el tiempo.

Los primeros datos que vamos a observar son los que tienen relación la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, la percepción de riesgo y el sexo más afectado.

Tabla 15. Prevalencia del consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida:

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Hipnosedantes con o sin receta	6,9	7,7	7,7	8,8	8,5	10,0	12,1	17,3	18,0	18,5	16,1	17,9
Hipnosedantes sin receta médica	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4	8,9	7,8	8,0

Fuente: Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2016)

Podemos observar que el porcentaje más alto se encuentra en 2010 siendo solamente un 0,1% más que en 2016.

Si nos paramos a pensar en por qué personas de entre 14-18 años han necesitado este tipo de sustancias encontramos uno de los temas por los que más se está luchando hoy en día y que han producido la movilización de muchos. Este tema es el bullying.

Según la ONG Bullying Sin Fronteras nos muestra como en 2015 terminó con 1004 casos graves de bullying y en 2016 la cifra aumentó hasta los 1229. Estas cifras nos muestran un 22% del aumento de los mismos, siendo este el porcentaje más alto de aumento que ha habido hasta la fecha.

Cuando sufres de bullying, sientes que todo lo que te está pasando es por un motivo, que tú mismo te lo mereces por ser como eres, te anulas completamente. Todos tus pensamientos pasan a convertirse en las palabras que tus acosadores te dicen y los interiorizas como tuyos. Sufres problemas de ansiedad, siempre estás alerta y piensas que todo lo que te rodea te puede hacer daño. Por todo ello, los hipnosedantes son una solución. Solución si van acompañados de una ayuda psicológica o psiquiátrica.

Otro de los temas que pueden influir en el consumo durante el 2016 hubo un total de 96.824 divorcios y la custodia compartida en caso de separación o divorcio fue entregada al 28,3% de los casos. Estas situaciones son un incentivo para el consumo de estas sustancias por parte de los hijos afectados. Los factores de riesgo que se pueden dar ante estas situaciones son: La mala aceptación del divorcio o separación por parte de uno de los padres, la presentación de una pareja de forma precoz o de forma continuada, el hecho de que uno de los padres no atienda a su hijo de la forma que merece, cambio de colegio por mudanza. Estos factores pueden desembocar en que el niño desarrolle dificultades para relacionarse o problemas conductuales, tenga un mal autoconcepto y/o desarrolle problemas como ansiedad o depresión.

Tabla 16. Evolución del riesgo percibido ante el consumo habitual de hipnosedantes (%):

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Hipnosedantes	90,6	88,6	88,5	87,4	88,7	89,7	87,5	86,6	85,5	89,5	88,6	87,7

Fuente: Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2016)

Como podemos observar en esta tabla, el porcentaje de la población entre 14 y 18 años que es consciente del peligro que produce el consumo habitual de hipnosedantes ha ido disminuyendo con los años manteniéndose entre un 90-85% de dicha muestra. La percepción de dicho riesgo puede ir ligada a experiencias cercanas o a la información que han recibido a cerca de dichas sustancias.

Tabla 17. Estudiantes que han recibido formación sobre el consumo de drogas legales (%):

	TOTAL	SEXO		EDAD					
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	14-17 años	18 años
Tomar drogas legales (alcohol, tabaco, hipnosedantes)	71,1	69,8	72,4	69,0	75,2	72,8	70,8	71,9	60,2

Fuente: Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2016)

Hoy en día parece lógico afirmar que la información que se proporciona sobre las drogas en los centros está muy presente en la formación, pero los índices que se muestran en esta tabla presentan información.

Es cierto que no todos los centros están apuntados a los proyectos que van dirigidos a la formación de los alumnos dentro de este tema. Como se mencionaba anteriormente hay algunos programas como: Órdago, Cine y Salud y La Aventura de la Vida que

pretenden hacer una labor de prevención. Esto, junto a la desinformación por parte de los docentes sobre este tema que hace que no transmitan la información con la fuerza y profundidad que se requiere.

15. CONCLUSIONES:

A la hora de comprender el consumo de drogas tanto legales como ilegales debemos centrar nuestra atención en el contexto social que rodea a los afectados o a la muestra que queremos estudiar.

Cuando hablamos de sociedad, tenemos que centrarnos en sus círculos más cercanos y en los que pueden afectar de forma indirecta. Todo esto son los llamados factores de riesgo y prevención. Si conseguimos informarnos sobre dichos factores podremos aplicar estrategias que como docentes ayuden a nuestros alumnos en la promoción de la salud.

“La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud” (Organización Mundial de la Salud. 2016). Según la Organización Panamericana de la Salud (2017), dicha promoción incita a realizar cambios dentro del contexto que permite ayudar a promover y proteger la salud incluyendo programas que modifiquen políticas y servicios de los cuales nacen las Escuelas Promotoras de Salud.

Las Escuelas Promotoras de Salud son aquellos centros en los que, dentro del proyecto educativo, se introducen medidas y programas para tratar temas de educación para la salud a través de la adquisición de valores necesarios. Se emplean metodologías cooperativas que permiten desarrollar tanto la parte personal como social.

Los programas escolares que se proponen a las escuelas que quieren desarrollar un proyecto basado en la prevención de sustancias psicoactivas son: Órdago, Cine y Salud, La Aventura de la Vida y Pantallas Sanas.

Dentro de estos programas escolares aparecen tanto las drogas legales como las ilegales, pero se centran mucho más en el tabaco y alcohol que son las sustancias más comunes y con las que tendrán su primer contacto. Pero como hemos podido ver,

ningún tipo debe pasar desapercibido pues el consumo de las drogas legales suele desembocar a veces en el de las ilegales.

El Plan Nacional Sobre Drogas se encarga de darnos información sobre el consumo de diferentes sustancias psicoactivas y su evolución a lo largo de los años, mostrar quiénes son los principales consumidores y sus características, así como el nivel de información que reciben los escolares, señalar los grupos que presentan un riesgo más elevado y conocer la disponibilidad de las sustancias.

Dentro del Plan Nacional Sobre Drogas, existen dos grandes encuestas bienales que nos muestran los datos mencionados anteriormente. EDADES que se centra en un estudio más global cuya muestra va desde los 15 hasta los 65 años y otra más centrada en Enseñanzas Secundarias que se centra en alumnado de entre 14-18 años de edad.

Según la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024), el consumo de drogas en España es uno de los problemas más importantes que afectan gravemente a nuestra salud. Las drogas legales como el alcohol y los hipnosedantes han presentado un incremento de su consumo en los últimos años.

Los hipnosedantes son una droga que suele pasar desapercibida y a la cual hoy en día no se le da mucha importancia. Actualmente el consumo de la misma está en aumento y se coloca en tercera posición después del alcohol y tabaco, por delante del cannabis y de la cocaína.

Las mujeres son las principales consumidoras de dicha sustancia debido a su rol en la sociedad actual y a la violencia de género. Estas situaciones provocan en la persona cuadros de ansiedad cuyos síntomas obligan a consumir dichos medicamentos.

El rango de edad entre el cual el consumo de hipnosedantes es mayor es entre los 34-65 años. Siendo la etapa en la que se sufren más separaciones, divorcios, problemas laborales y de salud, menopausia, etc.

Solo el 60% de la población está informada sobre el tema de las drogas cumplidos los 18 años de edad, siendo los hipnosedantes uno de los temas que se trata con menos profundidad.

16. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, D et al. (1996) *Actuar es Posible*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
- Becoña, E. (2001). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Boletín Oficial de Aragón, 4 de abril de 2001, núm. 43. LEY 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). *Tú decides*. Programa de educación sobre drogas, 3a edición. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.
- Díaz, R y Sierra, M (2008) *Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Dorsch, F. (1994). *Diccionario de psicología*. Barcelona: Herder.
- Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1997. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1999. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 2001. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 2003. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 2005. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 2007. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 2009. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 2011. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 2013. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 2015. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 2017. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1996. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1998. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2000. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2004. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2016. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2017-2024 (2016). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Fortuny. M et Gallego. J. (año). *Investigaciones y experiencias – Educación para la Salud*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (página) Recuperado de:

<https://www.mecd.gob.es/dctm/revistadeeducacion/articulosre287/re28713.pdf?documentId=0901e72b813c300e>

Gardner, H (1993) *Inteligencias Múltiples*.

Garrido. C. (2013). *El consumo de tranquilizantes se dispara en España con la crisis*. ABC Sociedad.

Gass. M. Menopausia. Manual MSD

Gavidia. V (2016) *Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela*. Valencia: Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales. Universidad de Valencia.

Instituto Nacional de Estadística (2017) *Estadística Nulidades, Separaciones y Divorcios*. Recuperado de: https://www.ine.es/prensa/ensd_2016.pdf

Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Las noticias más destacadas de España en 2011, de la A a la Z. (29 de diciembre de 2011). *Diario de Navarra*.

Miranda. I. (2018). *La emancipación de los españoles a los 29 años se aleja de la media europea*. ABC Sociedad.

Monge, M (2009) *Tutoría y orientación educativa: Nuevas competencias*. Bilbao. Wolters Kluwer.

Organización Mundial de la Salud (2016). *¿Qué es la promoción de la salud?* Recuperado de: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2010-2016). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.

Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2018-2024). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.

Plan Nacional Sobre Drogas (1985). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plataforma de Prevención de Suicidio y Acoso en las Redes Sociales (2017). *El bullying te ayuda a fortalecer el carácter*. Recuperado de: <https://gplsi.dlsi.ua.es/life/node/40>

Psicoterapeutas.com (2018) *Efecto del divorcio en los hijos*. Recuperado de: http://www.psicoterapeutas.com/terapia_de_pareja/divorcio_hijos.html

Qué! (2017). *El bullying aumentó en España un 22 por ciento con relación al 2015*. Recuperado de: <https://www.que.es/que-social/201703051237-bullying-aumento-ciento-relacion-2015.html>

Saldarriaga. P et al (2016) *La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea*. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador.

Sánchez Pardo. L. Género y Drogas (2012) *Género y drogas*. Diputación de Alicante: Área de Igualdad y Juventud.

Soriano, J. M. et Bertolín. J. (2014) *La burbuja inmobiliaria española: causas y consecuencias*. Barcelona: Escola Politècnica Superior d' Edificació de Barcelona.

17. TABLAS:

Tabla 1: Factores de riesgo y protección a nivel individual, p. 17.

Tabla 2: Factores de riesgo y protección en grupos de iguales, p.18.

Tabla 3: Factores de riesgo y protección en la familia, p.18.

Tabla 4: Factores de riesgo y protección en la escuela, p.18.

Tabla 5: Factores de riesgo y protección en la comunidad, p.19.

Tabla 6: Factores de riesgo y protección en la sociedad, p. 19.

Tabla 7: Prevalencia de consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida (%), p. 31.

Tabla 8: Prevalencia de consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses, p. 32.

Tabla 9: Prevalencia de consumo de hipnosedantes en los últimos 30 días, p. 32..

Tabla 10: Prevalencia de consumo de hipnosedantes diariamente (%), p. 33.

Tabla 11: Edad media de inicio de consumo de hipnosedantes, p. 33.

Tabla 12: Edad media de inicio de consumo de hipnosedantes y su relación con el sexo, p. 34.

Tabla 13: Prevalencia de consumo de hipnosedantes según sexo y edad, p. 35.

Tabla 14: Razones por las que se han consumido hipnosedantes según la edad y el sexo, p.36.

Tabla 15: Prevalencia del consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida, p. 38.

Tabla 16: Evolución del riesgo percibido ante el consumo habitual de hipnosedantes (%), p. 40.

Tabla 17: Estudiantes que han recibido formación sobre el consumo de drogas legales (%), p. 40.